**FICHE DE LIAISON DU DISPOSITIF AFM**

ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES MIGRANTES

Pour rappel, le dispositif AFM est à destination des femmes majeures ayant eu un parcours migratoire au cours de leur vie.

Le dispositif est composé d’une psychologue et d’une éducatrice spécialisée qui, dès réception de cette fiche de liaison, prennent contact avec la bénéficiaire afin de proposer un premier rendez-vous d’évaluation. Suite à l’évaluation et au repérage des divers besoins, la personne peut se voir proposer un accompagnement psychologique et/ou socioéducatif individuel et/ou collectif. Une orientation vers les professionnels et structures adaptés en fonction des besoins peut également être réalisée.

**Merci de nous adresser la fiche de liaison par mail à l’adresse suivante :**

**afm@fondationdiaconesses.org**

|  |
| --- |
| La Structure |
| Nom de la structure :  |
| Adresse :  |
| Code postal :  | Commune :  |
| Téléphone :  | Mail :  |

|  |
| --- |
| Le professionnel / Bénévole |
| NOM et Prénom :  |
| Fonction :  |
| Téléphone :  | Mail :  |
| Besoins identifiés :  | [ ]  Soutien psychologique | [ ]  Accompagnement socio-éducatif |
| [ ]  Orientation vers professionnels et/ou structures adaptés |
| [ ]  Autre :    |

|  |
| --- |
| La bénéficiaire |
| NOM :  | Prénom(s) :  |
| Adresse :  |
| Code postal :  | Commune :  |
| Téléphone :  | Mail :  |
| Date de naissance :  | Nationalité :  |
| Langues parlées : | [ ]  Français | [ ]  Anglais |
| [ ]   | [ ]   |
| Situation administrative :  | [ ]  Statut de réfugié ou apatride |  |
| [ ]  Bénéficiaire de la protection subsidiaire |
| [ ]  Titre de séjour. Précisez le type :  |
| [ ]  VISA. Précisez le type :  |
| [ ]  Autre. Précisez :  |
| Demande du bénéficiaire :  | [ ]  Soutien psychologique | [ ]  Accompagnement socio-éducatif |
| [ ]  Orientation vers professionnels et/ou structures adaptés |
| [ ]  Autre :    |
| La bénéficiaire a-t-elle été intégrée à l’AFM sur IMAGO ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| **Celle-ci sera rencontrée uniquement lorsqu’elle apparaîtra dans l’AFM sur IMAGO.** |
| La bénéficiaire a-t-elle la possibilité de se déplacer pour un rendez-vous ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si la bénéficiaire a des freins à la mobilité, acceptez-vous que nous nous déplacions dans votre structure ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |